

NGHIÊN CỨU CÁC RỐI LOẠN NHỊP NHĨ NHANH Ở BỆNH NHÂN MANG MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN HAI BUỒNG TRÊN 1 NĂM

Hoàng Quỳnh Huê¹, Trần Song Giang², Đặng Đức Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm các rối loạn nhịp nhĩ nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 122 bệnh nhân (BN) mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm được theo dõi định kỳ tại Viện Tim Mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2020 đến tháng 8/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 62 ± 16 tuổi, nữ giới 63%, 71/122 bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm có rối loạn nhịp nhĩ nhanh chiếm tỉ lệ 58,2% (AHRE 32,8%, rung nhĩ 25,4%). Thời gian mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm trung bình 3 ± 2 năm. Nguy cơ rối loạn nhịp nhĩ nhanh (RLN) tăng gấp 2,6 lần nếu bệnh nhân có suy nút xoang, và tăng gấp 0,4 lần ở bệnh nhân có phương thức tạo nhịp lúc khám DDD, với $p < 0,05$. Thời điểm xuất hiện AHRE, rung nhĩ trên 6 giờ đến 12 giờ sáng chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 85%, 74,2%, với $p < 0,05$. RLN thường không có triệu chứng lâm sàng 75%. Nguy cơ đột quỵ, TIA của nhóm AHRE $> 5,5$ giờ cao gấp 0,05 lần so với nhóm AHRE $\leq 5,5$ giờ. **Kết luận:** Rối loạn nhịp nhĩ nhanh thường không có triệu chứng trên lâm sàng, biến cố tắc mạch nguy cơ xảy ra thời lượng cơn AHRE trên 5,5 giờ với CI 95% (0,006-0,4), $p < 0,05$.

Từ khóa: máy tạo nhịp vĩnh viễn, rối loạn nhịp nhĩ nhanh

SUMMARY

A STUDY OF ATRIAL TACHYARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH PERMANENT DUAL CHAMBER PACEMAKERS OVER 1 YEAR

Objective: To investigate the score of tachyarrhythmias in patients with permanent dual chamber pacemakers for more than 1 year. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 122 patients with permanent dual chamber pacemakers over 1 year who were periodically monitored at Cardiology Institute – Bach Mai Hospital from August, 2020 to August, 2021. **Result:** The average age is 62 ± 16 years old, female 63%, 71/122 patients who had been carrying permanent two chambers pacemaker over 1 year had atrial tachycardia, accounting for 58.2% (AHRE 32.8%, atrial fibrillation 25.4%). The average time of wearing

permanent dual chamber pacemaker over 1 year was 3 ± 2 years. The risk of atrial tachycardia (AHRE) increased 2.6-fold if patients had sinus node insufficiency, and 0.4-fold in patients with pacing modality at DDD examination, with $p < 0.05$. At the time of AHRE appearance, atrial fibrillation between 6 am to 12 am accounted for the highest percentages, 85% and 74.2% respectively, with $p < 0,05$. Atrial tachyarrhythmias usually donot have clinical symptoms 75%. The risk of stroke, TIA of the AHRE group > 5.5 hours is 0.05 times higher than the AHRE group ≤ 5.5 hours. **Conclusion:** Atrial tachyarrhythmias are often clinically asymptomatic; the risk of thromboembolic events occurrs with AHRE duration over 5.5 hours with 95% CI (0.006-0.4), $p < 0,05$.

Key word: Permanent pacemaker, tachyarrhythmias

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (AF: atrial fibrillation) là rối loạn nhịp tim thường gặp trên lâm sàng, làm tăng gấp 5 lần nguy cơ đột quỵ do thiếu máu cục bộ và gấp 40% bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua. Khoảng 15 triệu người trên toàn thế giới bị đột quỵ mỗi năm và trong số này có ít nhất 15% có liên quan đến rung nhĩ được chẩn đoán trên lâm sàng [1]. Bên cạnh đó, xu hướng trong thực hành lâm sàng hiện nay cho rằng cơn nhịp nhanh nhĩ (AHRE) là rối loạn nhịp nhĩ nhanh với tần số trên 180 nhịp/phút kéo dài trên 5 phút ở những bệnh nhân mang thiết bị điện tử cấy ghép tim, là yếu tố khởi phát cơn rung nhĩ cận lâm sàng và rung nhĩ thầm lặng không có biểu hiện triệu chứng, đồng thời đây là nguy cơ gây rung nhĩ tắc mạch hệ thống, đột quỵ và tử vong tim mạch ở bệnh nhân [2],[3]. Hiện nay, trên thế giới đã có nghiên cứu về rối loạn nhịp nhĩ nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn và nguy cơ tắc mạch như nghiên cứu của A. John Camm 2017, Wei Da Lu năm 2019 [1],[4].

Tại Việt Nam, đã có nhiều đề tài nghiên cứu về tỷ lệ rối loạn nhịp nhĩ nhanh, rung nhĩ và nguy cơ tắc mạch ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng [5]. Tuy nhiên đây là những đề tài theo dõi ngắn hạn. Vì vậy, với mong muốn nghiên cứu các rối loạn nhịp nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng thời gian dài hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Nghiên cứu các rối loạn nhịp nhĩ nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm".

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái

²Viện tim mạch Việt Nam- Bệnh viện Bạch Mai

³Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quỳnh Huê

Email: drquynhhuê@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 7.7.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm và theo dõi định kỳ tại Viện Tim Mạch- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 /2020 đến tháng 8/ 2021 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào mẫu.

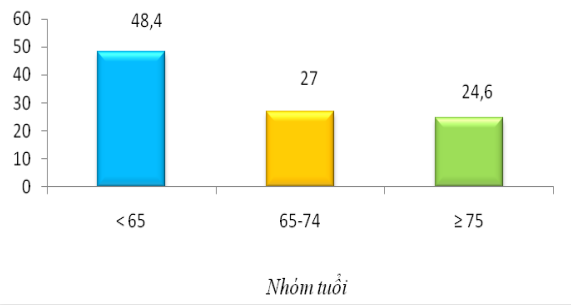
2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

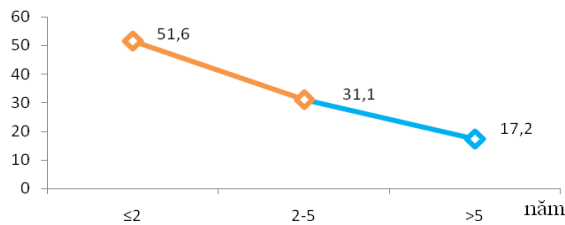
Đặc điểm về tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 62 ± 16 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 7 tuổi, già nhất là 95 tuổi. Nhóm tuổi < 65 chiếm tỉ lệ cao nhất 48.4%.



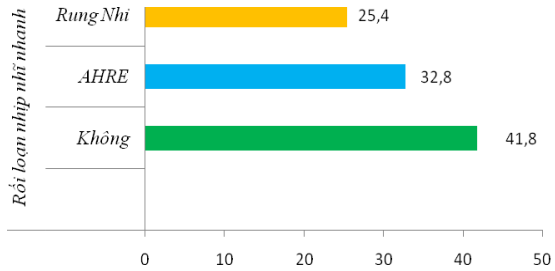
Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ phân nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về giới: Có 63% đối tượng nghiên cứu là nữ, nam giới là 37%.

3.2. Đặc điểm về rối loạn nhịp nhĩ nhanh của đối tượng nghiên cứu. Thời gian mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm của đối tượng nghiên cứu trung bình 3 ± 2 năm, thời gian ngắn nhất là 1,1 năm, thời gian dài nhất là 11 năm, phân nhóm bệnh nhân mang máy tạo nhịp trên 1 đến 2 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 51,6%, nhóm từ 2 đến 5 năm chiếm tỉ lệ 31,1%, trên 5 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất 17,2%.



Biểu đồ 3.2: Thời gian mang máy tạo nhịp của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ rối loạn nhịp nhĩ nhanh của đối tượng nghiên cứu.

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 71 bệnh nhân trên tổng số 122 bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm có rối loạn nhịp nhĩ nhanh chiếm tỉ lệ 58,2%. Trong đó AHRE 32,8%, rung nhĩ 25,4%.

Bảng 3.1: Đặc điểm AHRE của đối tượng nghiên cứu

Cơ AHRE đầu tiên (tháng)	19
Số cơ AHRE trong ngày	
Trung bình	9
Min	1
Max	66
Thời gian cơ AHRE (phút)	
Trung bình	1.7
Min	0.01
Max	2760
Tần số nhĩ (nhịp/phút)	184 ± 18
Tần số thất (nhịp /phút)	85 ± 28

Nhận xét: Cơ AHRE đầu tiên sau cấy máy tạo nhịp trung bình 19 tháng, trung bình 9 cơ trong ngày, ít nhất 1 cơ trong ngày, nhiều nhất 66 cơ trong ngày. Thời lượng cơ AHRE trung bình 1,7 phút, ngắn nhất là 1 giây (0,01 phút), dài nhất là 46 giờ (2760 phút). Cơ AHRE có tần số nhĩ trung bình là 184±18 nhịp/ phút.

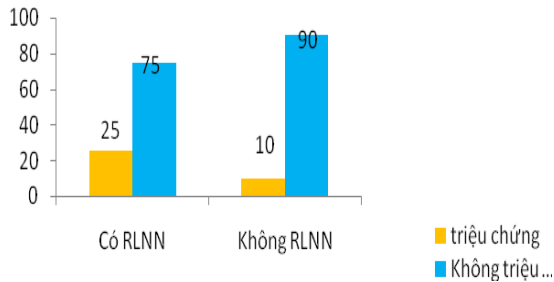
3.3. Rối loạn nhịp nhĩ nhanh và một số yếu tố liên quan.

Bảng 3.2: RLNN và một số yếu tố lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	OR(95%CI)	P
Tuổi (≤ 65, >65)	0.4(0.2-0.1)	>0.05
Giới	1.7(0.8-3.7)	
Tăng huyết áp	1.5(0.7-3.1)	>0.05
Đái tháo đường	3.5(0.7-17)	
Suy tim	1.7(1.4-2.0)	
Bệnh mạch máu	2.6(0.5-13)	<0.05
Dùng thuốc chống loạn nhịp	5.2(1.6-16.0)	
Dùng thuốc chống đông	5.9(2.1-16.9)	

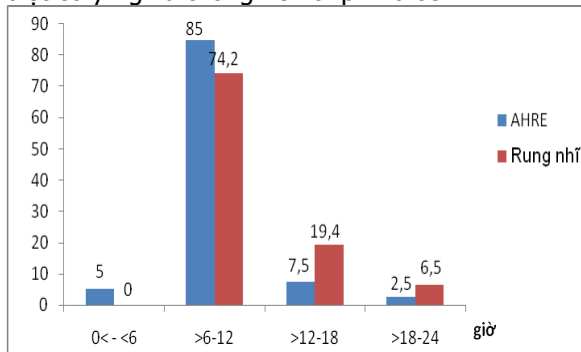
Nhận xét: Các yếu tố tuổi, giới tính, bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim và bệnh

mạch máu liên quan sự xuất hiện rối loạn nhịp nhĩ nhanh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Tỷ lệ RLNN xuất hiện ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc chống loạn nhịp gấp 5,2 lần so với nhóm không dùng thuốc chống loạn nhịp, ở nhóm dùng thuốc chống đông tỷ lệ rối loạn nhịp nhanh xuất hiện gấp 5,9 lần so với nhóm không dùng thuốc chống đông, $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.4: RLNN và triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn nhịp nhĩ nhanh không có triệu chứng lâm sàng khá cao chiếm 75%. Ở nhóm rối loạn nhịp nhĩ nhanh có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 25%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.5: Thời điểm RLNN trong ngày của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện AHRE, rung nhĩ trên 6 giờ đến 12 giờ sáng chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 85%, 74,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.3: RLNN và đặc điểm máy tạo nhịp của đối tượng nghiên cứu

Máy tạo nhịp	OR(CI 95%)	P	
Chẩn đoán cấy máy	HCNXBL	2,6(1,2-5,6)	<0.05
	BlockNT		
Chỉ định cấy máy	Loại I	0,9(0,1-5,7)	>0.05
	Loại Ha		
Phương thức tạo nhịp lúc khám	DDD	0,4(0,2-0,9)	<0.05
	DDDR		
Thời gian	> 5	2,1(0,8-5,4)	>0.05

mang máy (năm)	≤ 5		
Biến chứng sau cấy máy	Có	0,3(0,03-3,9)	>0.05
	Không		

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nguy cơ rối loạn nhịp nhĩ nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp tăng gấp 2,6 lần nếu bệnh nhân có suy nút xoang, và tăng gấp 0,4 lần ở bệnh nhân có phương thức tạo nhịp lúc khám DDD, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên với thời gian mang máy tạo nhịp trên 5 năm và ≤ 5 năm, và biến chứng sau cấy máy không liên quan đến xuất hiện rối loạn nhịp nhĩ nhanh, với $p > 0,05$.

Bảng 3.4: Thời gian cơn AHRE với biến cố đột quỵ, TIA của đối tượng nghiên cứu

Thời gian cơn AHRE (giờ)	Đột quỵ, TIA N(%)	Ko đột quỵ, TIA N(%)	OR(CI 95%)
≤ 5.5	1(33)	35(95)	0,05 (0,006-0,4)
> 5.5	2(67)	2(5)	

Nhận xét: Tỷ lệ đột quỵ, TIA ở nhóm bệnh nhân thời gian cơn AHRE > 5,5 giờ và nhóm có AHRE ≤ 5.5 giờ lần lượt là 67%, 33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Nguy cơ đột quỵ, TIA của nhóm AHRE > 5.5 giờ cao gấp 0,05 lần so với nhóm AHRE ≤ 5.5 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi, giới: Nghiên cứu của chúng tôi gồm 122 bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm với tuổi trung bình là 62 ± 16 tuổi, thấp nhất là 7 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, và nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 65 tuổi chiếm tỷ lệ 48,4%. Trong đó 63% là nữ giới, nam giới là 37%. So sánh với nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng có kết quả tương tự như Hoàng Phương Nam năm 2019 [6]. Trong thử nghiệm Most của Glotzer năm 2003 tuổi trung bình là 74 tuổi, nữ giới chiếm 55%. Bệnh lý chỉ định cấy máy tạo nhịp do suy nút xoang gặp ở nữ giới khá cao, điều này giải thích tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới có tỷ lệ cấy máy tạo nhịp nhiều hơn nam giới [7]. Thời gian mang máy tạo nhịp: nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm, với thời gian mang máy trung bình là 3 ± 2 năm, ở nhóm bệnh nhân mang máy tạo nhịp trên 1 đến 2 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%. Thời gian mang máy tạo nhịp của đối tượng nghiên cứu ngắn nhất là 1,1 năm, dài nhất là 11 năm nên có thể đánh giá được khá tốt sự xuất hiện của rối loạn nhịp nhanh theo thời gian mang máy. Tỷ lệ bệnh nhân

rối loạn nhịp nhĩ nhanh bao gồm: AHRE là 32,8 %, rung nhĩ là 25,4%. Trong số những bệnh nhân mang máy tạo nhịp, ở nhóm AHRE, rung nhĩ không có triệu chứng chiếm tỉ lệ khá cao 75%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên điểm đáng lo ngại là hiện tại chưa có bằng chứng nào cho thấy rối loạn nhịp nhĩ nhanh không triệu chứng có ít nguy cơ về các biến cố hơn so với các bệnh nhân có triệu chứng. Sự hiện diện triệu chứng của rung nhĩ, AHRE ít tác động đến kết quả lâm sàng chỉ giúp tăng chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp kịp thời. RLNNN thường không có triệu chứng xảy ra ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng gây khó khăn cho việc chẩn đoán và dự phòng biến chứng, ngay cả ở những bệnh nhân mang máy tạo nhịp thường khám định kì đúng hẹn. Điều này là rất đáng lưu ý với các bác sĩ khi thăm khám bệnh nhân bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn. Nguy cơ rung nhĩ, AHRE tăng lên 0,4 lần khi mỗi năm BN tăng lên 1 tuổi, tuy nhiên so sánh không có ý nghĩa thống kê. Còn khi phân nhóm thì tỉ lệ rối loạn nhịp nhĩ nhanh phân bố không thay đổi nhiều so với nhóm ≥ 65 tuổi và < 65 tuổi, nguyên nhân này có thể là do lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Đặc điểm cơn AHRE: Nghiên cứu của chúng tôi phân tích thời điểm xuất hiện cơn AHRE đầu tiên trung bình 19 tháng sau cấy máy, số cơn AHRE diễn ra trong ngày trung bình 9 cơn, ít nhất có 1 cơn, nhiều nhất có 66 cơn. Thời lượng cơn AHRE trong ngày trung bình 1,7 phút, ngắn nhất là 1 giây (0,01 phút), dài nhất là 46 giờ (2760 phút). Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Hoàng Phương Nam bệnh nhân có AHRE trung bình sau kiểm tra 1, 3, 6 tháng có tương ứng là 9.2, 43, 151 cơn, ít nhất có 1 cơn, nhiều nhất có 536 cơn, cơn dài nhất kéo dài đến 45,6 giờ [6]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận rằng thời điểm xuất hiện cơn AHRE và rung nhĩ trong ngày ở các bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng chủ yếu vào buổi sáng từ 6 giờ đến 12 giờ chiếm 35,2%. Đây là khoảng thời gian mà hầu hết các bệnh nhân đang hoạt động và làm việc, đây cũng là lý do xuất hiện nhiều RLNNN được phát hiện thông qua kiểm tra bằng máy lập trình. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu không có triệu chứng trên lâm sàng. Qua đó, chúng tôi cho rằng sự khác nhau về thời điểm xuất hiện cơn AHRE trong các nghiên cứu là do liên quan đến việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu, và tỉ lệ bệnh nhân có nhóm độ tuổi lao động cao hơn nghiên cứu khác. Khi quan sát thời gian của các cơn AHRE, chúng tôi thấy rằng tần

số nhĩ trung bình 184 ± 18 nhịp/phút trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán cơn AHRE trên lâm sàng theo khuyến cáo Hội tim mạch Châu Âu năm 2016 [3]. Với bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, bệnh máu máu, tuổi, giới tính là yếu tố nguy cơ độc lập không liên quan đến sự xuất hiện rối loạn nhịp nhanh, với $p > 0,05$. Ở nhóm đang điều trị thuốc chống loạn nhịp tỉ lệ RLNNN tăng gấp 5,2 lần so với nhóm không dùng thuốc chống loạn nhịp. Tương tự, ở nhóm dùng thuốc chống đông nguy cơ loạn nhịp nhĩ nhanh tăng 5,9 lần so với nhóm không dùng thuốc chống đông, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trên lâm sàng đây là hai yếu tố quan trọng trong kiểm soát rối loạn nhịp nhĩ nhanh và biến cố tim mạch lâu dài trong tương lai, tuy nhiên còn tùy thuộc vào chỉ định của bác sĩ điều trị cũng như sự tuân thủ y lệnh thầy thuốc của bệnh nhân. Rối loạn nhịp nhĩ nhanh và đặc điểm máy tạo nhịp: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp nhĩ nhanh có suy nút xoang tăng gấp 2,6 lần so với nhóm block nhĩ thất, điều này có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng dễ hiểu khi trên nền suy nút xoang thì tỉ lệ rối loạn nhịp nhĩ là một phần tiến triển của bệnh. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định AHRE xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân tạo nhịp một buồng thất so với nhóm tạo nhịp hai buồng đặc biệt ở nhóm suy nút xoang. Khác với nghiên cứu Hoàng Phương Nam năm 2019, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng với hai phương thức tạo nhịp chính là DDD và DDDR cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ RLNNN xuất hiện ở nhóm có phương thức tạo nhịp DDD tăng gấp 0,4 lần so với nhóm DDDR. Phương thức tạo nhịp hai buồng đáp ứng tần số DDDR có sự gia tăng đáng kể trong việc sử dụng qua các năm ($P = 0,009$). Theo nghiên cứu của Morgan tạo nhịp DDDR làm giảm nguy cơ phát triển rung nhĩ và có thể làm giảm các dấu hiệu và triệu chứng của suy tim và nhập viện vì suy tim ở một số bệnh nhân. Rối loạn nhịp nhĩ nhanh và thời điểm xuất hiện rối loạn nhịp: Tần suất xuất hiện rung nhĩ, cơn AHRE ở những bệnh nhân mang máy tạo nhịp hai buồng trên 1 năm thường gặp vào buổi sáng từ 6 giờ đến 12 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 85%, 74,2%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Rối loạn nhịp nhĩ nhanh với biến cố tắc mạch đột quỵ não, TIA: TIA là rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua do tổn thương thiếu máu cấp ở não, tủy sống, hoặc võng mạc

với các triệu chứng lâm sàng dưới 1 giờ và không có nhồi máu não cấp tính trên CT scanner và nhất là trên MRI. Đột quỵ não là rối loạn thần kinh khu trú hoặc toàn thể của chức năng não do rối loạn chức năng mạch máu, kéo dài hơn 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời lượng cơn AHRE trên 5,5 giờ làm tăng gấp đôi nguy cơ đột quỵ não, TIA của bệnh nhân nhóm nghiên cứu, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy rằng thời lượng cơn AHRE càng dài nguy cơ đột quỵ não, TIA càng tăng.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân rối loạn nhịp nhĩ nhanh bao gồm cơn AHRE, rung nhĩ thường không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Đồng thời biến cố tắc mạch nguy cơ xảy ra ở thời lượng cơn AHRE trên 5,5 giờ với CI 95% (0,006-0,4), $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Camm A.J., Simantirakis E., Goette A. và cộng sự. (2017). Atrial high-rate episodes and

- stroke prevention. *Europace*, **19**(2), 169–179.
2. Lu W.-D. và Chen J.-Y. (2021). *Clinical Cardiology*, **44**(6), 871–879.
3. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. và cộng sự. (2016). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, **50**, e1–e88.
4. Lu W.-D. và Chen J.-Y. (2021). Atrial high-rate episodes and risk of major adverse cardiovascular events in patients with dual chamber permanent pacemakers: a retrospective study. *Scientific Reports*, **11**(1), 5753.
5. Trương Văn Nhị, Trần Song Giang. (2017). Nghiên cứu tần suất rung nhĩ và nguy cơ tắc mạch ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
6. Hoàng Phương Nam (2019), Đặc điểm rối loạn nhịp nhanh và nguy cơ tắc mạch ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng., Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
7. Lê Tiến Dũng, Trần Song Giang, Nguyễn Ngọc Quang (2014), Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân có hội chứng suy nút xoang trước và sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Luận văn thạc sĩ Tim Mạch. Đại học y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ THỜI KỲ HẬU SẢN VÀ CHĂM SÓC HẬU SẢN CỦA BÀ MẸ SINH TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN VINMEC 2021

Hồ Hoàng Thu Phương¹, Lưu Tuyết Minh²,
Nguyễn Bích Hạnh¹, Nguyễn Thị Hồng¹, Vũ Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức về chăm sóc sức khỏe thời kỳ hậu sản sau sinh năm tại khoa phụ sản - Bệnh viện Vinmec năm 2020 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 bà mẹ sinh thường tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Vinmec năm 2020. **Kết quả:** Các bà mẹ có độ tuổi trung bình là $29,6 \pm 4,0$. Có 80,6% số bà mẹ có đạt kiến thức về chăm sóc sức khỏe thời kỳ hậu sản và có 97,1% số bà mẹ đạt kiến thức chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hiểu biết và yếu tố nghề nghiệp của các bà mẹ và chưa tìm thấy mối liên quan với các yếu tố khác.

Từ khóa: Kiến thức, hậu sản, chăm sóc sau sinh.

SUMMARY

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế VinMec,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Hoàng Thu Phương

Email: thuphuong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 8.7.2021

KNOWLEDGE ON POSTNATAL CARE AMONG POSTPARTUM MOTHERS IN VINMEC HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Aims: To describe knowledge about health care in the postpartum period at the obstetrics and gynecology department of Vinmec Hospital in 2020 and some related factors. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 201 mothers giving birth vaginally at the Department of Obstetrics and Gynecology at Vinmec Hospital in 2020. **Results:** The average age of mothers was 29.6 ± 4.0 , 80.6% of mothers had knowledge of postpartum health care and 97.1% of mothers. Gain knowledge of infant health care. The study found each statistically significant association between mothers' level of knowledge and occupational factors and did not find each associated with other factors.

Keywords: knowledge, postpartum, postpartum care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh con là hành trình vượt cạn đầy thử thách, khó khăn với nhiều cung bậc cảm xúc của người mẹ. Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần lễ sau sinh. Trong khoảng thời gian này, các cơ